

шее практическое применение, в основном это исследовательские разработки научных лабораторий.

Таким образом, изготовление НЧ для фармакологических целей требует соответствия стандартам уровня очистки, биодоступности, безопасности и т. д., в связи с чем для этой цели избираются наиболее комплексные эффективные методы.

ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Чернякова А.Е., Равшанов Т.Б.

*Харьковский национальный медицинский университет,
Харьков, e-mail: tana_zv@list.ru*

Ревматоидный артрит (РА) – это системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита неясной этиологии со сложным аутоиммунным патогенезом. Это заболевание характеризуется высокой инвалидностью (70%), которая наступает довольно рано. Медикаментозная терапия – краеугольный камень лечения при активном течении РА. Она необходима для достижения ремиссии, предотвращения дальнейшего поражения суставов и потери их подвижности. Для лечения РА применяются препараты, относящиеся к нескольким группам: нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), препараты, влияющие на течение ревматоидного артрита, модификаторы биологического отклика, глюкокортикоиды (ГК). [В. И. Мазуров, 2005 г.]

ГК – препараты обладают сильным противовоспалительным действием. Они довольно быстро смягчают проявления РА, такие как боль и скованность, при этом уменьшая припухлость и болезненность в области суставов. Но ГК вызывают множество нежелательных реакций, в том числе, увеличение массы тела, обострение диабета, развитие катаракты, остеопению и остеопороз, подверженность инфекционным заболеваниям. [Баранов А.А., 2002 г.]

По современным представлениям наиболее неблагоприятным последствием длительной ГК – терапии является остеопороз [Насонов Е.Л., 2002 г.]. Риск остеопоретических переломов у пациентов РА, получавших относительно небольшие дозы ГК (в среднем 8,6 мг/сут), достигает 33% в течение 5 лет [Michel BA, Bloch DA, Fries JF, 1991 г.]. В другом исследовании было показано, что относительный риск остеопороза у пациентов с РА, леченных ГК, составляет 2,6 для бедренной кости и 2,7 для позвоночника [Haugeberg G, Orstavik RE, Uhlig T, et al., 2002 г.]. В то же время, по данным ряда авторов, воспалительная активность РА и нарушение физической активности являются не менее важными факторами риска остеопороза, чем лечение ГК [Jolles VM, Boloch ER., 2002 г., Verhoeven A, Boers M., 1997 г.]. Поэтому у некоторых пациентов РА ГК фактически могут оказывать опосредованный благоприятный (антиостеопоретический) эффект на костную ткань, что связывают с подавлением воспалительного компонента патогенеза остеопороза. Тем не менее тот факт, что именно остеопоретические переломы являются наиболее тяжелыми последствиями неадекватной ГК – терапии, не вызывает сомнения [Van Staa T, Leufkens H, Abenhaim L, et al., 2000 г.].

Для того чтобы снизить риск развития остеопороза, важное значение имеет изменение «стиля жизни», а именно отказ от курения и приема алкоголя, регулярные физические упражнения, прием пищи с высоким содержанием кальция и витамина D, регулярное пребывание на солнце.

Одним из самых эффективных методов лечения ГК–остеопороза является фармакотерапия препаратами кальцитонина лосося (Миакальцик). Наряду с антиостеопоретической кальцитонин обладает выраженной анальгетической активностью, что делает его особенно привлекательным у пациентов с болями в позвоночнике, связанными с остеопоретическими переломами. Уже после однократного применения Миакальцика у человека отмечается клинически значимая биологическая ответная реакция, которая проявляется повышением экскреции с мочой кальция, фосфора и натрия (за счет снижения их канальцевой реабсорбции) и снижением экскреции гидроксипролина. Длительное применение Миакальцика приводит к существенному и продолжительному (в течение 5 лет лечения) снижению уровня биохимических маркеров костного обмена, таких как сывороточные С–телопептиды (sCTX) и костные изоферменты щелочной фосфатазы. Применение Миакальцика назального аэрозоля приводит к статистически значимому повышению (на 1–2%) минеральной плотности кости в поясничных позвонках, которое определяется уже на первом году лечения и сохраняется до 5 лет. Миакальцик обеспечивает поддержание минеральной плотности в бедренной кости. Применение Миакальцика назального аэрозоля в дозе 200 МЕ в сутки приводит к статистически и клинически значимому снижению (на 36%) риска развития новых переломов позвонков в группе больных, получавших Миакальцик (в комбинации с препаратами витамина D и кальция), по сравнению с группой больных, получавших плацебо (в комбинации с теми же препаратами). Кроме того, в группе больных, лечившихся Миакальциком (в комбинации с препаратами витамина D и кальция), по сравнению с группой больных, получавших плацебо (в комбинации с теми же препаратами), отмечено снижение на 35% частоты множественных переломов позвонков. [American College of Rheumatology, 2001 г.]

Эффективными средствами при глюкокортикоидном остеопорозе являются бисфосфонаты, которые являются мощными ингибиторами костной резорбции. К недостаткам бисфосфонатов следует отнести тот факт, что их применение относительно противопоказано у женщин до менопаузы. Кроме того, имеются данные о том, что сочетанное применение бисфосфонатов и НПВП потенциально может существенно увеличивать риск язвенно–некротических поражений желудочно–кишечного тракта (пищевод, желудок).

Таким образом, ГК по–прежнему остаются важным методом фармакотерапии РА. Однако лечение ГК может быть начато только после всесторонней оценки всех «за» и «против» глюкокортикоидной терапии и серьезного обсуждения с пациентом ее возможных последствий. Назначение ГК пациентам с РА – ответственное решение, которое может взять на себя только квалифицированный врач–ревматолог.